Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 17 października 1885. № 42. Rok XXIV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XXI.
Śmierć nagła w szkole. Wstrząs (shock)?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Maryja F., dziewczynka lat 8 czy 9 licząca, poprzednio zdrowa, będąc w szkole zachowała się niespokojnie, podczas gdy nauczyciel stał przy tablicy z uczniem. Celem ukarania jéj nauczyciel zaszedł do ławki, w któréj siedziała Maryja F., kazał jéj wyjść i oparłszy jednę nogę swoję o ławkę przełożył dziewczynkę przez kolano i prętem, który trzymał w ręku, wymierzył jéj dwa razy w pośladki przez suknię, poczém jéj polecił, aby poszła na swoje miejsce, sam zaś powrócił do tablicy. Według zeznania kolegów i koleżanek Maryja F. powróciwszy na miejsce śmiała się, obracała kartki w książce, którą miała przed sobą, wnet atoli siedząc zatoczyła się, zesunęła pod ławkę, a na krzyk sąsiadek przybiegł nauczyciel, podniósł mdlejącą, wyniósł ją na swych rękach na stół przed tablicą stojący, a nie mogąc się jéj docucić, posłał po lekarza miejskiego, w bliskości mieszkającego, który przybiegłszy natychmiast znalazł dziewczynkę już nieżywą. Przełożony szkoły zawiadomił Sąd o smutném zdarzeniu, a sekcyja sądowa, nazajutrz uskuteczniona, wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne. 1) Dziecko płci żeńskiéj odpowiadające wiekowi 8 do 9 lat, odpowiednio zbudowane i odżywione. 2) Włos jasny dosyć długi. 3) Twarz sino zabarwiona, po obu skroniach miejsca wielkości soczewicy sino zabarwione, po nacięciu w pierwszéj chwili powierzchnia nie zalewa się krwią. 4) Powieki lekko rozwarte, źrenice miernie rozszerzone, tęczówki błękitne. 5) Jamy nosowe, jama ustna wolne, o błonie śluzowéj bladéj. 6) Na zewnętrznéj powierzchni muszli usznéj lewéj dwa zdarcia przyskórka wielkości grochu, muszle obustronnie sino zabarwione. 7) Szyja dosyć długa, ruchoma. 8) Klatka piersiowa krótka dobrze wysklepiona, w dołku podsercowym plaster laku wielkości grochu, odnogi górne na powierzchniach tylnych marmurkowo zabarwione. 9) Brzuch wzdęty, odnogi dolne w stawach ruchome, na tylnych powierzchniach marmurkowo zabarwione. 10) Powierzchnia grzbietowa począwszy od karku aż do kości ogonowéj jednostajnie sino marmurkowo zabarwiona. 11) W miejscu odpowiadającém pierwszemu wyrostkowi kolczastemu kości krzyżowéj dwa sińce wielkości dużéj fasoli, po nacięciu których wycieka ciemna gęstawa krew. Zewnętrznie uwagi godnego nic więcéj nie znaleziono.

Oględziny wewnętrzne. 12) Wewnętrzna powierzchnia skóry czaszki na części przodkowéj różowo zabarwiona, na części odpowiadającéj potylicy mocno przekrwiona, tak że po odjęciu takowéj kość potyliczna jednostajnie zalewa się krwią. 13) Po przepiłowaniu kości czaszki przez szparę wydobywa się ciemna krew. 14) Po otwarciu czaszki przedstawia się twardówka mętna, mocno napięta, jednostajnie pokryta porozszerzanemi naczyniami żylnemi, po których nacięciu wycieka bardzo obficie ciemno czarna krew. 15) Po oddaleniu twardówki widać oponę miękką cienką, przeświecającą z porozszerzanemi naczyniami. 16) Przez oponę miękką przegląda miąższ mózgu jednostajnie różowo zabarwiony mocno przekrwiony. 17) Na przekroju miąższ mózgu przedstawia nadzwyczaj liczne większe i mniejsze punkty krwawe. 18) Zwoje mózgowe przypłaszczone, rowki międzyzwojowe wyrównane, w komórkach nieco płynu. 19) Móżdżek przekrwiony również w bardzo wysokim stopniu. 20) Tchawica wolna o błonie śluzowéj bladéj. 21) Płuca wolne, marmurkowo zabarwione, w płatach dolnych i tylnych zastoinowo przekrwione, na przekroju powierzchnia zalewa się cieczą pienistą, przy ucisku i dotyku płuco trzeszczy. 23) Serce wielkości prawidłowéj o komórkach i zastawkach prawidłowych, w jamach zaś komórek bardzo nieznaczna ilość krwi płynnéj. 23) Wątroba nieco powiększona, brunatno zabarwiona, o torebce gładkiéj, przez którą wygląda miąższ brunatny,

na przekroju zalewający się krwią. 24) Śledziona o torebce pomarszczonéj z miąższem brunatnym. 25) Żołądek zawiera treść gęstawą zapachu kwaśnego. 26) Nerki wielkości prawidłowéj, mocno przekrwione, tak w istocie korowéj jakotéż w istocie rdzeniowéj. 27) Jelita cienkie i grube nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Wewnętrznie zresztą nic uwagi godnego nie znaleziono.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. obducenci orzekli co następuje:

Znajdujemy się wobec nader trudnego faktu wykazania przyczyny śmierci, gdzie jéj po najdokładniejszém badaniu znaleźć nie podobna. Dziecko zdrowe, dobrze odżywione i zbudowane, nie przedstawia żadnych zmian patologicznych, prócz silnego przekrwienia mózgu. Według wywiadów przychodzi do szkoły zdrowe. Za jakieś przestępstwo zostaje ukarane w ten sposób, iż je przewieszają przez kolano i wymierzają dwa czy trzy uderzenia zwykłą cienką trzcinką. Dziecko wraca do ławki, przechyla się i spada nieżywe. Zewnętrznie śladów żadnych nie ma, prócz dwóch małych sińców wielkości fasoli, powstałych najprawdopodobniéj przy upadku.

Wewnętrznie wykazała sekcyja silne przekrwienie mózgu i opon mózgowych. Płuco oprócz opadowego przekrwienia w częściach tylnych i dolnych nic nie przedstawia nieprawidłowego.

Serce funkcyjonowało należycie, gdyż ani w miąższu ani w zastawkach żadnych zmian patologicznych nie znaleźliśmy.

Podobne przekrwienie mózgu i zabarwienie ciemne krwi wydarza się w uduszeniach; wykluczamy jednakowoż takowe stanowczo, gdyż dziecko po otrzymaniu kary wróciło samo do ławki.

Przekrwienie mózgu jako takie, choćby nawet tak silne, jak w obecnym wypadku, nie sprowadza śmierci natychmiastowéj, lecz dopiero późniéj w swoich następstwach.

Wobec takiego obrazu sekcyi, wobec braku wszelkich widocznych przyczyn śmierci przyjąć nam wypada za takową tak zwany „shok" czyli „wstrząs".

Goltz wykazał licznemi doświadczeniami na żabach, iż uderzenia w brzuch wywołują powstrzymanie ruchów sercowych, czyli porażenie serca. U ludzi zachodzi taż sama możliwość, jeśli podziała silne urazowe wstrząśnienie szczególniéj na *nervus splanchnicus* i jego rozgałęzienia, tu bowiem występuje porażenie nerwów naczyniowych i serca w następstwie. W wypadku obecnym przerzucono dziecko przez kolano, zapewne nie bardzo łagodnie, nastąpiło silne wstrząśnienie przepony, a w połączeniu z podrażnieniem nerwów obwodowych przez uderzenie trzciną nastało porażenie serca czyli wspomniony „shock".

Wypada ztąd, iż śmierć stoi w niniejszym przypadku w ścisłym przyczynowym związku z wymierzoną karą, gdyż najprawdopodobniéj nie byłoby tak nagle zginęło, gdyby nie było w ten sposób karcone. Z drugiéj zaś strony faktem jest niezaprzeczonym, iż żaden człowiek zwykłym rozumem przewidziećby nie mógł, że dwu- lub trzykrotne uderzenie trzciną w pośladek, które nawet śladów po sobie nie zostawiło, sprowadzi śmierć, ztąd téż i karzący żadną miarą przewidzieć tego nie mógł. Sam fakt wystąpienia „shoku" świadczy, iż dziecko było usposobioném do doznania takowego, iż było nerwowe i wrażliwe; usposobienia zaś tego najprawdopodobniéj karzący nie znał, a przewidzieć go żadną miarą nie mógł.

Przekrwienie mózgu nie jest przeciwobjawem „shoku", a tłumaczyćby sobie je mogli zmianą punktu ciężkości ciała, przy przewieszeniu takowego przez kolano.

Wspomnijmy nakoniec, iż daleko cięższe kary i obrażenia ciała nie sprowadzają śmierci, a zmuszeni będziemy wypadek obecny policzyć na karb nader nieszczęśliwego przypadku, na jaki nikt z góry nie mógł być przygotowanym.

Na podstawie tego orzeczenia Prokuratoryja oskarżyła nauczyciela o wykroczenie przeciw bezpieczeństwu dla życia, przeciw czemu oskarżony wniósł sprzeciw do Sądu Wyższego. Instancyja ta w rzeczy saméj odrzuciła oskarżenie dla braku dostatecznéj podstawy do ocenienia, co było właściwą przyczyną śmierci Maryi F. W szczególności wytknął tenże Sąd orzeczeniu lekarzy sądowych chwiejność i oparcie na przypuszczeniach dostatecznie nie uzasadnionych, a nawet sprzeczność, ile że lekarze na samym wstępie orzeczenia zaznaczają bez ogródki niepodobieństwo znalezienia powodu śmierci denatki, w dalszym zaś ciągu mimo to przypuszczają „Shok" jako przyczynę śmierci, a wniosek ten opierają na zupełnym braku objawów widocznych, chociaż sprawdzili znaczne przekrwienie mózgu; przyczyny tego ostatniego objawu nie wyjaśnili w sposób przekonywający, bo nie wydaje się rzeczą prawdopodobną, aby chwilowa tylko zmiana punktu ciężkości ciała mogła wywołać tak znaczne przekrwienie mózgu, jak w danym razie, nareszcie orzeczenie wyklucza pomienioną zmianę w mózgu denatki w sposób dość pobieżny jako powód jéj zgonu i nadmienia tylko nawiasowo, iż ta zmiana nie jest przeciwobjawem „shoku". Wobec tych braków i poruszonych wątpliwości Sąd pierwszéj instancyi udał się do Wydziału lekarskiego z prośbą, aby na podstawie załączonego protokołu oględzin z sekcyi zwłok Maryi F. wydał wyczerpujące orzeczenie o przyczynie śmierci denatki, któreby zarazem usuwało wszelkie wątpliwości wyżéj przytoczone.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1. Sekcyja nie wykazała przyczyny śmierci Maryi F. a pp. obducenci wyraźnie przyznali, że przyczyny śmierci podać nie umieją. Wobec takiego stanu rzeczy Wydział lekarski, który tylko na protokole sekcyjnym polegać musi, nie ma żadnéj podstawy do wyjaśnienia przyczyny śmierci, a to tém mniéj, o ile na zwłokach nie sprawdzono żadnego śladu obrażenia, któreby niewątpliwie za życia powstało; opisane bowiem sińce nie posiadają nawet cech sińców rzeczywistych.

2. Do przypuszczenia śmierci skutkiem wstrząsu w danym przypadku **żadnéj nie ma podstawy**. Dwukrotne uderzenie w pośladki i to nie obnażone za pomocą prętu, uderzenie, które żadnego śladu nie pozostawiło na ciele, a tém mniéj przechylenie dziecka na kolano nie wywołuje wstrząsu, przeciw któremu przemawia okoliczność, że dziecko samo powróciło na swoje miejsce i w kilka chwil późniéj dopiero skonało. Możebny był wstrząs psychiczny, ale pominąwszy okoliczność, że istota tego wstrząsu nie jest jeszcze dostatecznie jasną, to w danym razie przeciw przypuszczeniu onego przemawiałoby zeznanie obwinionego, że denatka poszedłszy do ławki jeszcze figlowała i śmiała się, a nawet zeznanie świadka, że Maryja F. poszedłszy na swoje miejsce jeszcze kartki w książce obracała.

3. Jedyną zmianą ważniejszą było przekrwienie opon mózgowych i mózgu, które atoli z jednéj strony nie powstało skutkiem przewrócenia Maryi F. i chwilowego zwiśnięcia jéj głowy, a z drugiéj śmierci jéj nagłéj nie tłumaczy.

4. Wobec tych okoliczności Wydział lekarski nie ma żadnych podstaw do wytłumaczenia przyczyny śmierci Maryi F. a tém samém nie jest w możności udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy zachodzi jaki związek przyczynowy pomiędzy jéj śmiercią a karą wymierzoną przez obwinionego.

Bardzo słusznie pp. obducenci podali we wstępie swego orzeczenia, że przyczyny śmierci w danym przypadku wyjaśnić nie mogą, ale niemniéj trafną jest krytyka Sądu Wyższego, upatrującego sprzeczność w wywodzie lekarskim. Faktem jest, że wynik sekcyi był ujemnym; nie wchodzimy w to, czy nie dałaby się przy sekcyi znaleźć jakaś zmiana anatomiczna, mogąca rzucić światło na zagadkową, nagłą śmierć dziecka, przed chwilą niby całkiem zdrowego; nie zapuszczając się w domysły, a polegając wyłącznie na treści protokółu sekcyjnego, będącego główną podstawą orzeczenia naszego, musieliśmy wyznać, że nie jesteśmy w stanie wyjaśnić przyczyny śmierci Maryi F. Rzecz to przykra dla Wydziału, a przyznajemy, że o wiele przykrzejsza dla obducentów; mimo to atoli i im nie pozostało nic innego, jak tylko przyznać się otwarcie do niemożności wyjaśnienia przyczyny śmierci, a tém samém i kwestyi, czy i jaki zachodzi związek pomiędzy ukaraniem dziecka a jego nagłym zgonem. Pp. obducenci natomiast starali się więcéj tłumaczyć, aniżeli ich stać było, i dla tego popadli w sprzeczność i niejasność. W kłopocie swym uciekli się pod opiekuńcze skrzydła „wstrząsu“.

Nie ulega wątpliwości, że w praktyce sądowo-lekarskiéj zdarzają się przypadki, w których przyczyna śmierci jest niejasną; w takich razach wskazaném jest najskrupulatniejsze badanie przyrządów, zazwyczaj milczeniem pomijanych, jak np. trzustki, oraz badanie drobnowidowe np. mięśnia sercowego, ale są i przypadki, w których mimo to wszystko przyczyny śmierci wykazać nie można i w takich dopiero razach lekarz sądowy ma prawo przypuszczenia jednéj z przyczyn anatomicznie wykazać się nie dających, jak wstrząśnienia mózgu lub wstrząsu, ale też tylko pod pewnemi warunkami. Wiadomo, że dążnością jest nowoczesną, aby pojęcia wstrząśnienia i wstrząsu ograniczyć do granic jak najciaśniejszych, i w istocie udało się wyrugować z zakresu tych pojęć liczne przypadki, w inny sposób wytłumaczyć się dające, a w obrębie owych pojęć utrzymały się tylko te przypadki, w których nietylko nie znajdujemy **ż a d n y c h** zmian anatomicznych, ale które nadto tak pod względem etyjologii jak i przebiegu ściśle podciągać się dają pod owe pojęcia. Jak nie przypuszczamy obecnie, że każdy uraz głowy, choćby ciężki, był zdolnym wywołać wstrząśnienie mózgu, i że każde nagle powstałe skutkiem urazu i szybko śmiercią kończące się cierpienie mózgu było następstwem prostego wstrząśnienia, lecz wiemy, że wstrząśnienie powstaje przeważnie w skutek urazu na płaszczyznę większą działającego i że bez natychmiastowéj utraty przytomności o wstrząśnieniu w ścisłém znaczeniu mowy nie ma, — tak też rozpoznanie shocku wobec zupełnego braku zmian anatomicznych opierać musimy na dwóch warunkach, a mianowicie: raz na należycie sprawdzonym **s i l n y m** urazie, zadanym w pewne okolice kadłuba, jak w brzuch, jądra, krtań itd., a powtóre na również dokładnie sprawdzonym obrazie chorobowym, w którym mieszczą się owe objawy, jakie według doświadczenia śród wstrząsu występują za życia; objawami zaś temi są: ogólna niedokrewność, widoczna na powierzchni ciała, obniżenie ciepłoty, tętno małe, szybkie, niedokrewność mózgu, zdradzająca się znaczną i uderzającą apatyją, wymiotami itd.; objawy te są tak wybitne, że niektórzy w nich znajdują podobieństwo do objawów cholery azyjatyckiéj, i że rozróżnienie wstrząsu od zemdlenia i zapadu wcale dobrze jest możebném. Czy w danym przypadku dane były te dwa niezbędne warunki do przypuszczenia wstrząsu? Nie wahamy się odpowiedzieć na to pytanie stanowczo: nie. Dwukrotne uderzenie prętem w pośladki, pokryte sukniami, a tém mniéj przełożenie dziecka na kolano, nie może uchodzić za **s i l n y u r a z**, mogący wywołać wstrząs, a zachowanie się uczennicy po powrocie na miejsce jéj wcale obrazowi wstrząśnienia nie odpowiada. Co większa, w protokole sekcyjnym znajduje się szczegół, przemawiający nawet wprost przeciw wstrząsowi; jest nim owo znaczne przekrwienie mózgu i jego opon, które zarazem przemawia i przeciw wstrząsowi psychicznemu, którego tu z dwóch nadto przyczyn przypuścić nie można było: raz z powodu, że istota wstrząsu tego już wcale mało jest nam znaną, a powtóre, że trudno przypuścić, aby dziecko w skutek takiéj kary miało doznać tak znacznego urazu psychicznego, przeciw któremu i zachowanie się po powrocie do ławki przemawia. Słusznie zanważył także Sąd, że tak znacznego przekrwienia mózgu nie można przypisać chwilowemu przechyleniu głowy dziecka. A więc przekrwienie to pozostaje nie wyjaśnioném; że zaś samo śmierci wcale nie tłumaczy, jest rzeczą jasną. Wobec takiego położenia rzeczy nie pozostało Wydziałowi nic innego, jak orzec ujemnie, i pozostawić sprawę nie wyjaśnioną.

II. O leczeniu duru brzusznego.

(Wykład w Sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic we Lwowie. 7 lutego 1885).

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent Uniw. Jagiell., i lwowskiego szpitala powszechnego.

(Dokończenie Patrz Nr. 41).

Stale można te laseczniki wykazać w naciekach jelit, zkąd dopiero się dostają do innych, zazwyczaj w durze zajętych narządów. Stwierdzono również w samym świetle naczyń nadzwyczaj silny rozrost laseczników. **M a r a g l i a n o** (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1882, Nr. 41) stwierdził we krwi śledziony (ściągniętéj za pomocą strzykawki Pravaza) obecność tych laseczników, podczas gdy we krwi z palca wziętéj było ich mało, za to były wyłącznie ciałka kuliste. Poszukiwanie **A l m q u i s t a** stwierdziło to, co wiemy dotąd. Otóż i wszystko, co o przyrodzie pasorzytniczéj duru brzusznego wiemy; odpowiedzi na pytanie, czy te laseczniki są przyczyną choroby, nie mamy. Nawiasowo przypominam, że już przed laty może czterdziestu genijalny **S c h ö n l e i n** szukał pasorzytów w durowych naciekach kęp Peyera, lecz w obec metod bardzo „prymitywnych“ bezskutecznie. Wszelkie doświadczenia mające zadanie przeszczepić chorobę za pomocą laseczników, a doświadczenia robili **A l m q u i s t**, **L e t z e r i c h**, **K l e b s**, **M u r c h i s o n**, **M o c z u t k o w s k i**, **K l e i n**, do wyniku dodatniego nie doprowadziły, tak iż oprócz laseczników, towarzyszących zawsze durowi, muszą istnieć i rzeczywiście istnieją inne przyczyny mogące wytwarzać skuteczny jad durowy. Jak widzimy odkrycie laseczników durowych mało co zmienia nasze pojęcia dotychczasowe dotyczące patologii téj choroby, a na pojmowanie przyczyny śmierci po tyfusie wcale nie wpływa. Co do mnie wcale żadnych innych nowych wskazówek leczniczych nie widzę, po

dowiedzeniu się, że w tyfusie są i gdzie są laseczniki. Żadnego nie mam dowodu istotnego, że w razie możliwego wczesnego wyniszczenia wszystkich laseczników w naciekach, ścianach jelit, naczyniach limfatycznych, gruczołach i naczyniach krwionośnych, choroba *eo ipso, cessante causa cessat effectus*, ustanie, gdyż nawet gdy laseczniki same giną, do czego w przebiegu choroby zawsze przychodzi, choroba wcale się nie kończy lub zmienia.

I przed odkryciem laseczników durowych wiedzieliśmy, że prawdopodobnie, ale tylko prawdopodobnie, pierwszą stacyją jadu był przyrząd gruczołowy końcowego odcinka jelita cienkiego, ztąd też stósowanie kalomelu. Teraz zdaje się, że znamy ów jad, ale reszta pojęć się nie zmieniła. Wyobrażaliśmy sobie, i tak samo i teraz, że pierwszym objawem zadziałania jadu jest obrzęk gruczołów i podwyższenie temperatury, prawdopodobnie całkiem niezależne od zmian gruczołowych, a zatém jakieś zadrażnienie ośrodków nerwowych. Za tém przemawiać się zdaje inny szczegół, że często stwierdzić można niestosunek między objawami miejscowemi (w jelitach) a objawami ogólnemi, *in specie* gorączką. Ilość i ciężkość zmian jelitowych nie musi iść w parze z objawami ogólnemi i to, jak to przed kilku laty w jednym z roczników Charité opisano, nawet niestosunek może być tego rodzaju, że zmiany anatomiczne w jelitach odpowiadają innemu tygodniowi, niż objawy kliniczne. Co do późniejszego stanu gorączkowego, nazywa go słusznie Zülzer posocznicowym, gdyż gorączka z wessania istot gnilnych zawdzięcza swój początek sprawom wrzodziejącym w jelitach. Otóż innego punktu oparcia w naszych zabiegach leczniczych mieć nie możemy, jak systematyczne zapobieganie konsumpcyi organizmu, a najwięcéj pośrednio czy bezpośrednio, niszczy go gorączka. A w pierwszéj linii znów serce jest tym narządem, któremu zagraża gorączka dezorganizacyją jego pierwocin. Wiemy dziś, że nie tylko zmniejszony dowóz tlenu (*Bronchitis*, Traube), obok zwiększonéj pracy serca, w durze brzusznym sprowadza zwyrodnienie serca, ale że obok tego i obok gorączki działa cały szereg innych wpływów, pośrednio gorączką sprowadzonych, zabójczo na mięsień sercowy i tak wysoki stan gorączkowy sprowadza niedokrewność, zwiększoną często biegunką, upośledzeniem asymilacyi, a niedokrewność ta w durze przyspiesza oczywiste zwyrodnienie serca; również jest rzeczą prawdopodobną, że i upośledzenie innerwacyi wpływa niekorzystnie na odżywienie mięśnia sercowego itd. Zawsze widzimy, że taka gorączka jak w durze jest jednym z najniebezpieczniejszych objawów dla ustroju, i ona z konieczności stanowi jedno z najważniejszych wskazań, w gruncie rzeczy obejmujące wszystkie inne. To wskazanie jest idealném, obejmuje wszystko, czego od leczenia wymagamy. Nie mamy żadnego powodu, jak widzimy, pomimo znajomości laseczników, lekceważenia gorączki i tak jak przed tém tak i teraz uważać musimy jako przyczynę śmierci w przypadkach duru nieskomplikowanych, porażenie serca sprowadzone anatomicznemi zmianami jego włókien mięsnych. Zwyrodnienie miąższowe ostre, jak je określił przed laty jeszcze Virchow, uniemożliwia fizyjologiczną czynnność serca—jest przyczyną śmierci.

Po części dotyczy to także i „porażenia mózgu", którego pierwociny również oprzeć się nie mogą zabójczym wpływom wygórowanéj ciepłoty [1]). Żadnych natomiast danych nie mamy jak dotąd, abyśmy zejście śmiertelne w durze brzusznym czynili zależném od laseczników, gdyż wcale nie znamy ich stosunku do sprawy chorobowéj. Kilka danych stawia owszem wpływ laseczników w całkiem odmienném świetle. Giną one lub ilościowo znacznie się zmniejszają po wielkich ilościach chininu, a w późniejszych okresach duru brzusznego wcale ich nie ma.

Jak na teraz mówić o leczeniu swoistém, antyseptycznem duru brzusznego byłoby rzeczą jeszcze może przedwczesną. Nadto zważyć należy, że w jodzie wcale nie posiadamy środka, któryby w tak iście homeopatycznych dawkach, jak je kol. Dr. J. poleca, był w stanie w durze brzusznym działać zabójczo na grzybki. Ściśle rzecz biorąc redukuje się tu kwestyja aptecznego leczenia duru brzusznego do pytania, czy dać pierwszeństwo jodowi czyli raczéj jodkowi potasu, czy téż pozostać przy chininie, mającym za sobą tysiąckrotnie stwierdzoną skuteczność, a będącym również dzielnym środkiem antyseptycznym, przez co właśnie nasza dziś używana antypireza jest w części również i metodą antyseptyczną. Otóż jod sam przez się należy istotnie do silniejszych środków przeciwgnilnych ale nie w ilości i postaci jako JK. Skuteczny zakres leczniczy jodku potasu dziś jest o wiele szczuplejszy niż dawniéj, dziś przekonaliśmy się, że jodek potasu z wyjątkiem kiły t. zw. trzeciorzędnéj a może i przerostów gruczołów, wszędzie gdzieindziéj bardzo niepewnie lub wcale nie działa. Czysty jod według Kocha w rozczynie 1:1500 powstrzymuje rozwój prątków wąglikowych a o jodku potasu wcale nie wiemy, czy i o ile działa antyseptycznie. Z analogii nie wolno tu wnioskować ani budować systemów leczniczych, właśnie bakteryjologija w nader liczne ostrzegające przykłady obfituje. Przedewszystkiém należałoby zbadać zachowanie się laseczników durowych w obec jodu i jodku potasu, i to szczególniéj zarodników; zwracam przy tém uwagę, jak mało w ogóle znamy biologii laseczników durowych, a następnie możnaby się odważyć może na zastósowanie wewnętrzne przy łóżku chorego. A z drugiéj znów strony po co szukać środka innego, gdy mamy chinin, którego własności obniżania gorączki nie ulegają wątpliwości, i powtóre którego własności antyseptyczne również dokładnie są znane. Zwracam nadto uwagę na inne korzystne działanie chininu, na jego własności utrudniające a w części powstrzymujące rozpad istot białkowatych w ustroju żywym. Jak wiadomo, dotąd istniały sprzeczne w tym kierunku poglądy. Otóż Prior w swéj pracy (*Arch. f. d. ges. Physiol.* XXXIV 5 i 6) stwierdził stanowczo tę własność chininu. Wykazał on nadto, że ilość moczu wzrasta proporcyjonalnie do wielkości zażytego chininu i zmniejszania się tych składników moczowych, które za produkty końcowe przemiany istot białkowatych uważamy. Szczegóły te, mojém zdaniem, tylko utrwalić mogą używanie chininu. Co do własności antyseptycznych, to chinin jest środkiem antyseptycznym i bardzo silnym, gdyż według Binza już w 0,2% rozczynie dorównywa fenolowi co do wpływu na sprawy gnicia. Doświadczenia Laverana (*Comptes rendus de l'Acad. de sc. Paris*, octobre 1882), Binza (*Antiseptica zur inneren*

[1]) Bynajmniéj nie chcę przez to twierdzić, że koniecznie wysokiéj gorączce towarzyszyć muszą ciężkie objawy nerwowe. Owszem wydarzają się często przypadki z bardzo ciężkiemi objawami nerwowemi, pomimo że ciepłota ledwie dochodzi 39°C. i na odwrót, co jest częstszém, gdzie pomimo bardzo wysokiéj ciepłoty cięższych objawów nie ma a przytomność utrzymana. Dzieje się to zresztą i w innych chorobach zakaźnych. Z tego tylko tyle wynika, że nie wszystkie indywidua jednako reagują na podwyższenie ciepłoty, powtóre że przyczyną cięższych objawów nerwowych nie musi być wysoka ciepłota. Sąto wszelako zawsze wyjątki.

Anwendung. Centralbl. f. kl. Med. 1883, str. 89—298) Ziehla (*Einige Beobachtungen über den Bacillus malariae. Deutsche med. Woch.* Nov. 1882) i w. i. stwierdziły niezbicie, że chinin działa swoiście na laseczniki zimnicze (Marchiafava i Cuboni) i to ubezwładniając je, tamując ich rozwój, a więc ściśle jako środek przeciwgnilny, przeciwpasorzytniczy. Ztąd téż pomyślne skutki po zadaniu chininu w apireksyi. Dla spiryl duru brzusznego jest chinin (w $^1/_2$ % roztworze) podobnie jak i fenol nieskuteczny, jak to niedawno Engel dowiódł, podczas gdy działa w zimnicy i durze, oczywiście nie inaczéj, jak tylko bezpośrednio działając skutecznie ma przyczynę gorączkę sprowadzającą, być może w naszym przypadku na pasorzyty durowe. Na wszelki przypadek zdaje się nie ulegać dzisiaj już żadnéj wątpliwości, że wszystkie nasze środki przeciwgorączkowe są zarazem lekami przeciwgrzybkowemi czyli przeciwgnilnemi. Gdy się rzecz tak ma, nie można wcale antipyrezie zarzucić, że jest tylko wynikiem empiryi, bez podstaw naukowych, że w obec zdobyczy bakteryjologicznych ostać się nie może! Owszem w tym przypadku, jak w wielu innych nauka potwierdza empiryję dopiero późniéj, tak się rzecz miała i z antyseptyką Listera, tak się rzecz ma i ze znaczeniem chininu, jako silnego filara antipyrezy. W obec powyżéj przytoczonych faktów wcale nie ma powodu zmienić nasze postępowanie lecznicze w durze brzusznym. Za antipyrezą przemawia anatomija patologiczna,—ta poucza nas o przyczynie śmierci w durze brzusznym i zarazem wykazuje, że od czasów zaprowadzenia antipyrezy dawniejsze obrazy sekcyjne z rozległemi spustoszeniami w durze brzusznym należą do rzadkości; przemawia obserwacyja kliniczna nieuprzedzona,—wykazująca złagodzenie wszystkich przypadów; przemawia patologija doświadczalna,—stwierdzająca znakomity wpływ antipyrezy na asymilacyję; przemawia bakteryjologija,—wskazująca, że część składowa naszego aparatu leczniczego antipyretycznego, to jest chinin, działa prawdopodobnie jako środek przeciwgrzybkowy, choć w tym kierunku szczegółów nie znamy; przemawia wreszcie za antipyrezą i statystyka sumienna,— na kilkudziesięciu tysiącach chorych stwierdzona.

W kilka miesięcy po odczytaniu powyższych uwag w „Towarzystwie lek." doszły mnie wyniki Ebsteina odnoszące się do leczenia duru brzusznego (*Die Behandlung des Unterleibstyphus*, Wiesbaden 1885). Na szczególniejsze uznanie zasługuje drobiazgowe wyliczanie stósowanych przepisów higijeniczno-dyjetetycznych, któremu E. znakomite przypisuje wyniki, nie pomijając oczywiście i leczenia ściśle przeciwgorączkowego. Z całego przedstawienia rzeczy okazuje się prof. E. jako znakomity eklektyk, niehołdujący skrajnym zapatrywaniom w terapii, jako dzielny lekarz praktyczny, który zawsze ma w pamięci προτόν τὸ μὴ βλαπτεῖν. Oto rezultaty do jakich dochodzi prof. E.:

1) Tak zwane leczenie poronne duru brzusznego kalomelem jest leczeniem korzystném, a więc polecenia godném.

2) Leczenia przyczynowego duru brzusznego, prócz leczenia poronnego, dotąd nie ma. Leczenie w téj chorobie na teraz może być tylko objawowém, tj. takiém, które uwzględnia wszelkie objawy chorobowe a w szczególności osobnicze właściwości przypadku poszczególnego. Przedewszystkiém zdaje się, że leczenie dyjetetyczne, rozumne, tj. groźnéj inanicyi zapobiegające żywienie chorego ma równie wielkie znaczenie jak wszelki zabieg leczniczy.

3) Zwalczanie wysokiéj ciepłoty, nawet i dłuższy czas trwającéj, tylko wtedy jest w durze koniecznêm, jeżeli téjże ciepłocie towarzyszą ciężkie objawy ze strony serca lub układu nerwowego (lub obydwóch), lub téż jeżeli ciepłota wygórowana sama przez się dochodzi do granic życiu zagrażających.

4) Obserwacyje powyższe uprawniają do uwagi, że nawet jeśli się obierze jako wyłączny sposób leczniczy nie leczenie hydryjatryczne lub inny sposób t. zw. ściśléj antipyrezy, lecz leczenie powyższe (Ebsteina), że i wtedy można dojść do wyników, które pod względem szybkości i pewności nie są gorsze a przeciwnie przewyższają wzmiankowane sposoby lecznicze łatwością wykonania i przyjemném oddziaływaniem na chorego.

Zdaniem E. kąpiele są najsilniejszym środkiem podniecającym, a użycia tychże nie należy zaniedbywać tam, gdzie inne środki są niewystarczającemi.

A zatém nie leczenie przeciwgrzybkowe swoiste, lecz objawowe z najskrupulatniejszém uwzględnieniem własności osobniczych chorego i racyjonalną antipyrezą umiarkowaną według wyż cytowanéj zasady Liebermeistra: *„dass der Kranke die Krankheit überlebe."*

W chwili, gdy uwagi te oddaję do druku, dochodzi mnie sprawozdanie z tegorocznego Zjazdu klinicystów. Na uwagę zasługuje w dyskusyi nad antipyrezą, przemówienie Liebermeistra, który podnosi znów kwestyję dobroczynnego może wpływu gorączki, wartości antipyrezy itd. Dedukcyje jednakowoż tak tego klinicysty jak niemniéj przemówienia nader cenne, które wygłosili Filehne, Jaksch, Strümpell, Bauer, Rossbach i wielu innych, nie świadczą, abyśmy w naszém obecnêm postępowaniu leczniczém mieli poczynić ważniejsze zmiany.—Kończę słowami jednego z nich: *„So lange wir keine Specifica haben, können wir der Antipyretica.... nicht entbehren."*

III. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych,
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

9. X. Y., lat 25 liczący, medyk, podawał, iż w dniu 5/1 1883 powstała u niego wkrótce po spółkowaniu mała ekskoryjacyja, którą on za ekskoryjacyję z powodu mechanicznego obrażenia powstałą uważał. Ekskoryjacyja ta wkrótce zagoić się miała, jednak 12 stycznia ponownie bez przyczyny wystąpiła, a tym razem pacyjent wejrzeniem jéj zaniepokojony zasięgnął méj porady w d. 14 stycznia. W dniu tym zmiana, na wewnętrznéj stronie napletka po stronie lewéj w pobliżu wędzidełka ułożona, przedstawiała się jako ściśle okrągła ekskoryjacyja wielkości soczewicy, o podstawie lekko stwardniałéj. Powierzchnia ekskoryjacyi była gładka, barwy ciemno-czerwonéj bez żadnéj na powierzchni wypociny. Gruczoł pachwinowy prawy był nieznacznie powiększony. Chory był miernie niedokrewnym.

Niemając najmniejszéj wątpliwości co do natury ekskoryjacyi wyciąłem wrzód stwardniały rano w dniu 15/1. Szwy odjęto dopiero 4go dnia. Rana zabliźniła się w przeważnéj części przez rychłozrost, a tylko na bardzo małéj przestrzeni goiła się przez ropienie. Zupełne zagojenie nastąpiło do dnia 21go stycznia.

W tym samym dniu zauważyłem, iż gruczoł pachwinowy prawy w dwójnasób się powiększył. W dziesięć dni późniéj (31/1) wyczuć można było dość znaczną stwardniałość w bliźnie, która według podania chorego przed trzema dniami poczęła się wytwarzać. Gruczoł pachwinowy prawy znacznie obrzękł, a gruczoły pachwinowe lewe były licznie lecz w znacznie mniejszym stopniu niż prawe powiększone. Zresztą nigdzie nie było zmian. Na stwardniałość polecono choremu przyłożyć *empl. hydrargyri cum empl. saponato āā.*

W dniu 8 lutego wystąpiły pierwsze zmiany na skórze jako wysypka plamista skąpo rozsiana na tułowiu, brzuchu i odnogach górnych po stronie wewnętrznéj, tu i owdzie znajdowały się plamy wyniosłe. W jamie ustnéj nie było żadnych zmian. W miejscu wyciętego wrzodu wzdłuż całéj blizny znajdowała się znaczna stwardniałość o powierzchni nierozpadłéj. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone, pachwinowe utrzymywały się niezmiennie w jednakowym stopniu. Wejrzenie chorego miernie niedokrewne. Zmiany na skórze miały powstać przed trzema dniami. Choremu polecono daléj przykładać na stwardniałość przylepiec rtęciowy. W cztery dni późniéj wysypka liczniéj wystąpiła, rozpoczęto zatém leczenie wewnętrzne za pomocą jodku potasowego z małym dodatkiem jodku rtęciowego. Wkrótce wytworzyła się jedna powierzchowna kłykcina sącząca około odbytu i taka sama na mosznach. W dalszym przebiegu w czasie leczenia powstały na głowie między włosami bardzo nieliczne grudki pokryte strupkami, a nieco późniéj wystąpiły na wardze ust dolnéj i na obu migdałkach niemniéj na powierzchni języka kłykciny sączące.

Zmiany wszystkie ustąpiły po leczeniu ogólném i miejscowém do dnia 17 maja 1883, gruczoły pachwinowe znacznie się zmniejszyły. W tym czasie z powodu biegunki wstrzymano także leczenie wewnętrzne.

W dniu 12 lipca powstały ponownie powierzchowne kłykciny sączące na obu migdałkach, a dość rozległe na krawędzi języka po obu stronach. Na przodowym brzegu mięśnia schylacza głowy po stronie prawéj ułożony gruczoł był powiększonym. Choremu polecono wewnętrzne używanie jodku potasowego, obok miejscowego leczenia kłykcin sączących. Kłykciny na migdałkach rychło ustąpiły, na krawędziach jednak języka polepszenie zwolna postępowało, tak że dopiero z końcem września uporano się z temi zmianami. Od tego czasu aż do dnia 25 kwietnia 1885, w którymto czasie chorego po raz ostatni widziałem i badałem, powrotów cierpienia nie było.

Jeżeli przypuścimy, iż ekskoryjacyja, która u pacyjenta naszego w dniu 5 stycznia 1883 wkrótce po spółkowaniu wystąpiła, była już wrzodem pierwotnym, natenczas wrzód pierwotny w powyższym przypadku wycięto w dniu dziesiątym. Rana zagoiła się w przeważnéj części przez rychłozrost; w kilka dni po zagojeniu się rany rozpoczęła się wytwarzać w bliźnie stwardniałość, która lubo przybrała znaczne rozmiary nie rozpadła się jednak na powierzchni. Gruczoły pachwinowe po wycięciu wrzodu, a przed powstaniem stwardniałości w bliźnie, jeszcze się powiększyły. Zmiany ogólne wystąpiły około 32 dnia jako dość obfita wysypka plamista miejscami wyniosła; w ciągu leczenia wystąpiły nieznaczne kłykciny około odbytu, na mosznach i nieco znaczniéj w jamie ustnéj i zmiany na głowie między włosami. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone. Następna recydywa wystąpiła w jamie ustnéj a równocześnie z nią obrzękł gruczoł szyjny prawy.

Jeżeli uwzględnimy w całości powyższy obraz chorobowy, to zdaniem mojém przyznać musimy, iż dotychczasowy przebieg kiły w przypadku opisanym, mimo nieco większéj uporczywości w ustępowaniu kłykcin sączących na krawędzi języka, był łagodnym.

10. T. N., lat 24, nauczyciel prywatny. Przypadek ten zasługuje o tyle na szczególniejszą uwagę, iż czas powstania wrzodu stwardniałego może być najdokładniéj oznaczonym, albowiem lecząc chorego na przewlekłą rzeżączkę cewki moczowéj często go badałem. W dniu 23 marca 1883 badając chorego nie zauważyłem jeszcze żadnych śladów świeżego zarażenia się; również w dniu 25 marca chory obmywając rano, jak to zwykł był zawsze czynić, prącie, i wstrzykując do cewki moczowéj polecone sobie lekarstwo nie dostrzegł jeszcze także żadnych zmian, dopiero wieczór tegoż dnia zauważył na napletku małą rankę. Chory będąc przekonanym, iż ranka ta nie może być czém inném, jeno przypadkowém obrażeniem, zwłaszcza że po raz ostatni spółkował przed trzema tygodniami, ograniczył się do czystego utrzymywania prącia i zakładania pod napletek waty odtłuszczonéj. Mimo to jednak ranka się powiększała, a chory zbadany przezemnie w dniu 28 marca 1883 okazywał na wewnętrznéj powierzchni napletka po stronie lewéj rozpoczynający się wrzód stwardniały w postaci ekskoryjacyi wielkości grochu, w środku lekko zagłębionéj, prawie żadną wypociną niepokrytéj, o podstawie nieznacznie stwardniałéj. Gruczoł pachwinowy lewy był miernie powiększonym, w pachwinie prawéj wymacać można było pod blizną tamże się znajdującą kilka powiększonych drobnych gruczołków. Według zapewnienia chorego miała to być pozostałość po przebytym w tém miejscu dawnemi czasy, a dobrowolnie powstałym ropniu gruczołowym. W dziecięctwie pacyjent cierpiał na zołzy. Zresztą prócz rzeżączki przewlekłéj, objawiającéj się jedynie śluzowo-ropiastym skąpym wypływem z cewki, nie było żadnych zmian. Odżywienie pacyjenta było bardzo dobre, cera twarzy nieco blada, warga górna grubsza.

W dniu 29 marca rano wycięto wrzód, w dniu 1 kwietnia odjęto szwy; rana tylko w części zagoiła się przez rychłozrost, obrzmienie naokoło rany było nieznaczne, gruczoły pachwinowe nie powiększyły się. Do dnia 8/4 rana była zupełnie zagojoną i nie okazywała żadnego nacieku, chory uskarża się na lekką bolesność w pachwinie lewéj, jakkolwiek gruczoły nie okazywały żadnych innych zboczeń nad te, które wyżéj podano. Dopiero w dziesięć dni późniéj (18/4) gruczoł pachwinowy lewy nieco się jeszcze powiększył, również gruczoł barkowy lewy był powiększonym. Blizna po wrzodzie wyciętym okazywała nieznaczną zbitość, na ciele nie było żadnych zmian. W dniu tym chory został przyjętym do szpitala na mój oddział.

Do dnia 6/5 nie zaszły żadne uwagi godne zboczenia, w dniu tym jednak wystąpiły bóle głowy, które tak we dnie jak i w nocy się utrzymywały. Przy obmacywaniu głowy pokazało się, iż bolesność głowy odpowiada trzem miejscowościom na kości bocznéj lewéj położonym; przy ucisku na miejsca bolesne bóle wzmagają się, obrzęku jednak żadnego wyśledzić nie można było. Choremu polecono używanie jodku potasowego w ilości 2·00 dziennie. Pod wpływem tego środka bóle głowy w kilku dniach ustąpiły. W owym czasie nie zauważano ani na skórze, ani na błonach śluzowych żadnych zmian. Naciek, który się w bliźnie po wyciętym wrzodzie wytworzył, ustąpił zupełnie. W gruczołach nie wystąpiły żadne świeże zmiany.

Do dnia 16 maja, t. j. dnia wyjścia chorego ze szpitala, widywałem go codziennie, odtąd zaś aż do dnia 26 czerwca nie widziałem pacyjenta z powodu jego nieobecności w Krakowie. Przez ten czas chory znajdował się w opiece kolegi Dra Krówczyńskiego we Lwowie, który mnie listownie zawiadomił, iż u pacyjenta w d. 29 maja pojawiły się na dłoni prawéj dwie grudki i bardzo mało widoczna a rozrzucona wysypka plamista

tylko na dolnéj części brzucha poniżéj pępka. Gruczoły karkowe były mało powiększone, barkowy lewy był wielkości małéj fasoli, a najmocniéj powiększone były pachwinowe po stronie lewéj. Leczenie było wyczekujące.

Gdy chorego w dniu 26 czerwca ponownie objąłem w leczenie, znalazłem téż same zmiany tylko spotęgowane, a mianowicie na tułowiu i odnogach górnych i dolnych, znalazłem obfite plamy syfilityczne, na dłoniach i podeszwach gęste grudki kiłowe w postaci t. zw. łuszczycy. Napletek i żołądź były zaczerwienione i pokryte ściśle ograniczonemi i lekko nacieklemi ekskoryjacyjami obok obfitego wydzielania smrodliwéj cieczy ropiastéj. Gruczoły karkowe zwiększyły się do znacznéj wielkości, toż samo barkowy lewy i pachwinowe lewe, w niższym stopniu zajęte były pachwinowe prawe. W jamie ustnéj nie było zmian: odżywienie chorego nic nie ucierpiało.

Celem przeprowadzenia leczenia chory udał się ponownie do szpitala, gdzie zastosowano wcierania szaruchy w ilości 3·00 na dawkę. Do usunięcia tych zmian potrzeba było 40 wcierań, a w dniu wyjścia chorego ze szpitala zanotowano do historyi choroby, iż zmiany na skórze ustąpiły bez śladu, na dłoniach i podeszwach utrzymują się po przebytych zmianach plamy barwikowe. Na prąciu nie ma zmian. Gruczoły karkowe po obu stronach, barkowy lewy i pachwinowy lewy zmniejszyły się znacznie, w zupełności jednak nie ustąpiły. Choremu polecono używanie w domu jodku potasu i nacieranie plam barwikowych na dłoniach i podeszwach maścią z chlorku rtęciowo-amonowego (*Merc. praecip. albus*). O dalszych losach pacyjenta nic nie mogę powiedzieć, gdyż od tego czasu więcéj go nie widziałem.

W przypadku tym wrzód był wyciętym czwartego dnia od czasu pojawienia się jego, rana zagoiła się w części przez rychłozrost a w części przez ropienie; gruczoły pachwinowe po wycięciu jeszcze się powiększyły. Zmiany następowe wystąpiły 66 dnia; zmiany te w niczém się nie różniły od zmian, jakie zazwyczaj występują u chorych, u których wrzód pierwotny nie byl wcale leczonym. W przypadku powyższym szczególniéj mocno ucierpialy od jadu kilowego gruczoły limfatyczne, co tłumaczę zmniejszoną odpornością tychże z powodu przebytych zołzów. (C. d. n.)

IV. Lawatywy z salicylanu sodowego w czerwonce.

W numerze 34 Przeglądu Lek. w wiadomościach pomniejszych wyczytałem o stosowaniu przez Szczegłowa i Kampfa kwasu karbolowego w czerwonce z dobrym skutkiem, z powodu czego uważają oni lek ten jako *specificum* przeciw czerwonce. Od lat czterech w okolicy tutejszéj występuje corocznie czerwonka i od tego czasu, gdzie na to pozwalają stosunki chorych, używam, również z bardzo dobrym skutkiem, powiedzieć mogę „z niezawodnym", lawatyw z salicylanu sodowego, dając na dawkę od 25 centygramów do 1 grama, 8—10 lawatyw na dzień, a w przypadkach ciężkich po każdym stolcu, t. j. czasem 4 lub 5 na godzinę. Co do objętości tych lawatyw to u dorosłych zalecałem co najwyżéj półlitrowe, u dzieci $^1/_4$ litra mające. Przeznaczeniem tych lawatyw było przepłukiwanie jelita i jako takie osiągnąwszy cel wychodziły one dość szybko, bo w 2 do 10 minut, rozsądniejsi chorzy zdołali je utrzymać dłużéj. Prócz tego jednak i wessanie miewało miejsce, świadczy o tém zmniejszenie się gorączki.

Nie uważam jednak salicylanu sodowego, jak powyżsi autorowie fenol za *specificum*, lecz po prostu zważając, że istotą choroby jest zajęcie dyfterytyczne kiszki grubéj i ztąd powstające wrzody zgorzelinowe, sądzę, że oczyszczanie tych wrzodów i dezinfekcyja miejscowa jakimkolwiekbądź środkiem dezinfekcyjnym jest najracyjonalniejszym środkiem przeciw czerwonce. Używałem i kwasu karbolowego 1, 2 do 3%, lecz u dzieci częste objawy zatrucia zniewoliły mnie do porzucenia go; obecnie zaś salicylan sodowy oddaje mi tak znakomite usługi, że go wszędzie używam, jako dla mnie „niezawodnego" środka. Gdy w pierwszym dniu bywa 30—40 stolców ze znaczném parciem, to po jednodniowém zastosowaniu lawatyw zmniejsza się ich ilość do połowy i mniéj, tak że najcięższe przypadki trwały do 4 lub 5 dni najdłużéj. Obok tego podawałem wewnętrznie codziennie, dopóki parcie trwało, łyżkę oleju rącznikowego i zalecałem jak najściślejszą dyjetę, t. j. parę łyżek rosołu i mleka kwaśnego dziennie, do picia zaś wodę białkową lub ryżową.

Dr. T. Prochaska w Brzostku.

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Z kolei zabiera głos Pettenkofer. I on także jest zdania, że co się tyczy stosunków między ludźmi jako środków szerzenia się cholery, to z Indyj, gdzie cholera jest endemiczną, zarazek jéj przez stosunki ludzkie ciągle się rozszerza. Pettenkofer nie zgadza się zatém w zupełności z Cuninghamem odmawiającym wszelkiego wpływu komunikacyi, ale zgadza się z nim o tyle, że szerzenie się przyrzutu cholery nie jest ograniczone do chorych na cholerę, lecz że także rozszerza się do miejsc, gdzie jeszcze w tym czasie nie ma cholery. Co do pielgrzymek w Indyjach, to Pettenkofer równie jak Cuningham nie uważa ich za środek szerzenia cholery, a to z powodu, że w Indyjach zarazy nigdy nie rozchodzą się wraz z kompanijami pielgrzymów na wszystkie strony. Koch przypisuje to różnemu w różnym czasie usposobieniu, gdy Pettenkofer uważa, że zależy to od usposobienia każdéj miejscowości w danym czasie. Pettenkofer ma pewne wątpliwości co do ochrony osobistéj po przebyciu cholery. Jakżeż w obec tego dałaby się wyjaśnić dwukrotna w jednym roku epidemija w Monachijum w ciągu lata i zimy. Jeżeli epidemija letnia ustała, to ludność powinna była przez 3 do 4 lat posiadać ochronę, jak to Koch co do Indyj podaje. Pettenkofer odnosi zawsze to co inni odnoszą do osoby, do gruntu, sądzi, że w różnych miejscowościach pod różnemi wpływami takie nastają zmiany, które rozwojowi epidemicznemu znajdującego się lub zawleczonego przyrzutu cholerycznego w różnym stopniu sprzyjają lub nie sprzyjają. Aby w Indyjach komunikacyja kolejowa była tak sprzyjającym czynnikiem, na to Pettenkofer zgodzić się nie może, bo rozwój sieci kolejowej w Europie jest w różnych krajach na częstość i rozszerzenie cholery zupelnie bez wpływu. Przeniesienie cholery do Altenburga, Zurichu itd. bywa przeceniane, sąto tylko przypadki równocześnie się zdarzające. Pettenkofer sam dawniéj w takie przeniesienie wierzył, ale obecnie wątpi w nie, gdyż przekonał się, że cholera wybucha w miejscowościach, do których zawleczenie miejsca mieć nie mogło. Zważamy tylko na przypadki, które zawleczeniu przez chorych odpowiadają a pomijamy te, które temu nie odpowiadają. Aby przechody wojska w r. 1866 miały tak znacznie cholerę roznieść, należy również z pewném ograniczeniem przyjmować. I z Indyj posiadamy podobne przykłady. Ludzie nie zawsze zawlekają cholerę, ale tylko do miejsc usposobionych.

Co się tyczy cholery na okrętach, to i tu gdy się uwzględni ogół komunikacyi okrętami, trzeba powiedzieć, że cholera bardzo mało szerzy się na okrętach, a jeżeli uwzględnimy pojedyńcze przypadki, to jasno uwydatnia się,

że mieszkańcy pewnych części okrętów, pewne ich grupy więcéj bywają dotknięte niż inne. (Często bywają dotknięci przewożeni żołnierze, gdy załoga okrętu jest wolną). Tego ograniczenia się choroby do pewnych grup ludzi nie można wytłumaczyć przez zarażenie się od pojedynczych chorych. Gdyby zarażenie odbywało się od chorych, to na okrętach musiałyby się zdarzać najliczniejsze przypadki zapadania a gdyby kontrola okrętów co do chorych na cholerę była tak złą, jak Koch powiedział, to przyrzut cholery z Indyj, gdzie cholera ciągle się utrzymuje, musiałby być ciągle zawlekany. Jakże w takim razie wytłumaczyć, iż Egipt od 1865 do 1883 był wolnym mimo wzmożenia się komunikacyi między Indyjami a Europą przez Egipt skutkiem otwarcia Kanału suezkiego w r. 1879.

Fakty te drogą zakażenia wyjaśnić się nie dają. Natomiast wyjaśnia je czasowe usposobienie miejscowości. Przykłady tego wkrótce, zdaniem Pettenkofera, będziemy mieli sposobność poznać w Europie. Z tych powodów nie może on się zgodzić z zapatrywaniami Kocha co do wpływu komunikacyi.

Na posiedzeniu trzeciém uchwalono na wniosek Virchowa z drugim punktem obrad połączyć i trzeci: wpływ gruntu powietrza i wody, bo jak się to z dotychczasowych obrad okazało, są one z sobą ściśle związane.

Pierwszy zabiera głos Günther. Przypomina on, iż według przez siebie sporządzonéj karty rozszerzenia się cholery od r. 1836 w Saksonii, rozszerzenie to nie odpowiada rozszerzeniu się sieci kolejowéj, cholera ze szczególném upodobaniem nawiedzała pewne miejscowości, mianowicie doliny rzek. Dalszego zaś dowodu, że środki komunikacyjne nie wpływają na szerzenie się cholery, dostarczyły Güntherowi 3 epidemije, które miał sposobność obserwować w Saksonii w latach 1865 i 1866 w obwodzie Zwikau i w r. 1873 w obwodzie drezdeńskim.

W r. 1873 w kilku wsiach pod Dreznem pojawiły się przypadki cholery, a mimo bezustannej silnéj komunikacyi dopiero po 7miu tygodniach wybuchła cholera w Dreźnie i to ograniczona. Günther przytacza podobne przykłady i oświadcza, że takie zachowanie się cholery skłania go do wniosku, iż prócz stosunków między ludźmi potrzeba jeszcze jakiegoś czynnika, aby epidemija powstała.

Po nim oświadcza również Hirsch, że i on nabrał przekonania, opracowując historyję epidemii cholery w r. 1873 w Niemczech północnych, że na epidemiczne szerzenie się cholery nie zawsze wpływają stosunki osobiste i rzeczowe, ale że do rozwoju epidemii potrzeba jeszcze innych warunków prócz zawleczenia jadu. Sądzi więc Hirsch: że nie wszelkie stosunki pośredniczą w szerzeniu się cholery, po za Indyjami jednakże zostaje cholera w związku ze stosunkami czy to osobowemi czy rzeczowemi.

Koch zabrawszy głos, oświadcza, iż Pettenkofer mylnie go zrozumiał, jakoby chciał wszystko tłumaczyć ochroną, jest ona jedynie w stanie wyjaśnić niejeden ciemny punkt, którego wyjaśnić nie mogliśmy dotychczas, np. nagabywanie przez dwa lata z rzędu jednéj miejscowości przez cholerę, przyczém w pierwszym roku cholera jest gwałtowną, w drugim nieznaczną. Niewątpliwie odgrywają przytém rolę jeszcze inne czynniki, jak np. woda do picia, któréj przypisać musimy przemianę fortu William, który dawniéj był ogniskiem cholery, w miejscowość ochronioną.

Niezawodnie wiele jeszcze innych rzeczy odgrywać może i to znaczniejszą jeszcze rolę niż woda do picia, ochrona i komunikacyje. Koch chce tylko uwydatnić, że nie można zawsze wyobrażać sobie, iż rzecz jest tak prostą i wyrywać z szeregu jeden tylko czynnik i tak dalece uwzględniać go, aby mu wszystko przypisywać i mniema, że daleko nam jeszcze do tego, abyśmy mogli dać wyjaśnienie wszelkich właściwości w etyjologii cholery, ale że ciągle starać się musimy o poznanie wszystkich tych pojedynczych czynników, aby być w stanie oznaczyć znaczenie i stopień ich wpływu.

Z pojawianiem się i znikaniem epidemij rzecz się ma jak z urodzajami, w jednym roku są świetne, w drugim jest nieurodzaj a nie możemy przecież twierdzić, aby to zależało zawsze od deszczu, słońca lub ciepłoty.—Do urodzaju naszych roślin uprawnych potrzeba współdziałania wszystkich tych trzech czynników, ale prócz tego jeszcze i innych czynników, jak własności gruntu, nieuszkodzenia przez owady i roślinne pasorzyty itd. Tak samo rzecz się ma z najniższemi postaciami roślinnemi, do których prątki chorobotwórcze należą.—I one niezawodnie zawisłe są od tak skomplikowanych warunków, iż grubo mylilibyśmy się, gdybyśmy ich pojawianie i znikanie chcieli wyobrażać sobie zależném od zachowania się powietrza, deszczu, wody gruntowéj. Koch dziwi się, że Pettenkofer obecnie o ochronie nic wiedzieć nie chce. Zdaniem Griesingera nic lepiéj nie chroni obok dobrobytu i dobrych stosunków higijenicznych nad jednorazowe przebycie cholery. Dawniéj Pettenkofer był także innego zdania. Koch przytacza wyjątki z pism jego dowodzące, iż uważał, że jednorazowe przebycie prawie bezwzględnie chroni od powtórnego zarażenia. W regulaminie cholerycznym, ułożonym przez Griesingera, Pettenkofera i Wunderlicha, położono nacisk na ochronę po przebyciu epidemii, ochrona więc ta nie jest wykryciem Kocha.—Bardzo często obserwowany czasowy brak usposobienia w wielu razach daje się wyjaśnić przez nabytą ochronę. Koch przytacza przykłady, iż komunikacyja wpływa na szerzenie się cholery i powiada, że nie idzie o pytanie czy i komunikacyja przy szerzeniu się cholery rolę odgrywała ale o to, czy znane są przypadki, w których z wszelką pewnością wpływ komunikacyi wykluczyć można. Nie zna on takich przypadków, zapytuje jednak Günthera i Pettenkofera, czy im nie są znane podobne przypadki i czy są zdania, iż na wielkie odległości, np. odległe porty, cholera bez stosunków ludzkich przeniesioną być może? Zdaje się Kochowi, iż Pettenkofer zmienił swe zapatrywanie o indyjskich stosunkach, choćby głównie opierając się na podaniach Cuninghama, o których już poprzednio wykazal, iż należy je z zastrzeżeniem przyjmować. Był czas, że i Cuningham był innego zdania i w r. 1867 sądził, że komunikacyja znaczną odgrywa rolę, gdy w r. 1879 przeciwne wnioski wysnuwał. Koch badając sprawozdania komisarzy lekarskich w pojedynczych częściach Indyj nie znalazł ani jednego, w korémby nie było stanowczo powiedzianém, że pielgrzymki w Indyjach główną rolę przy szerzeniu się cholery odgrywają i że woda do picia stanowi jednę z najważniejszych przyczyn zakażenia. Dziwić się wypada, że lekarze ci, na których sprawozdaniach Cuningham swe ogólne sprawozdanie opiera, nie ogłaszają prywatnie swych poglądów odmiennych od wniosków wysnutych przez Cuninghama.—Tłumaczy się to tém, że w Indyjach nie ma prawie lekarzy niezawisłych. Wszyscy są urzędnikami od Cuninghama zawisłymi. Koch przedkłada pismo pochodzące prawdopodobnie od jednego z wyższych urzędników w Indyjach, a w którém zebrano ze sprawozdań Cuninghama te ustępy, które dowodzić mogą, że wbrew znanéj teoryi Cuninghama cholera przecież szerzy się przez ko-

munikacyje. W piśmie tém jest wzmianka o oburzeniu między lekarzami przeciw Cuninghamowi, który teroryzuje, nadużywając swego stanowiska, lekarzy podwładnych i na polu naukowém. Nader ważném jest, aby w samém ognisku cholery podejmowali badania lekarskie zupełnie niezawiśli i aby badania te znał ogół. Koch sądził po sprawozdaniach Cuninghama i podaniach Pettenkofera, iż w Indyjach nikt nie uważa cholery za chorobę przenośną, przekonał się jednak, że rzecz ma się przeciwnie. Z którymkolwiek tylko z lekarzy rozmawiał, każdy był zdania, że pielgrzymki najwięcéj przyczyniają się do zawlekania cholery i nie miano najmniejszéj wątpliwości, że cholera jest chorobą przenośną. Co do cholery na okrętach to Koch uważa wielką różnicę jaka zachodzi między okrętami z wielką ilością ludzi a okrętami z małą ich ilością. Tylko na pierwszych zdarzają się wielkie epidemije cholery. Takie więc tylko uwzględniać wypada. Także w czasie epidemii gdy więcéj okrętów odpływa można je brać pod uwagę a nie gdy tylko kilka. W Kalkucie średnio prawie co 3 okręt bywa przez cholerę nagabywany, dla tego tamtejsze stosunki nadają się do badań.

Okoliczność, iż na okrętach ludność grupami zapada, nie może uderzać, jeżeli uprzytomnimy sobie stosunki na okrętach. Na okrętach przewożących znaczniejsze ilości ludzi bywają ci ostatni podzieleni na oddziały razem mieszkające, sypiające i jadające. Tylko należący do jednéj grupy w ciągłéj są z sobą styczności, gdy z resztą mało stosunków utrzymują, naturalną więc rzeczą, że przyrzut ogranicza się do jednéj lub kilku tylko grup. Czyż można sobie wyobrazić więcéj sprzyjające warunki między osobami do jednéj grupy należącemi na okrętach, gdzie wypróżnienia cholerycznych nie bywają w ten sposób usuwane, jak to czynić można na lądzie i gdzie wilgotne powietrze zapobiega szybkiemu obumieraniu przyrzutu. Że w tych stosunkach może przyjść także do bezpośredniego przeniesienia, nie może zadziwiać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich z d. 21 września 1885 r.

Przewodniczący prof. Dr. Münch. Członków obecnych 35.

1) Kol. Szadek przedstawił chorego z kliniki uniwersyteckiéj chorób skórnych, u którego obok innych objawów kiły wtórnéj (obrzęk gruczołów, lepieże w jamie ust, różyczka, wyłysienie) powstała na tułowiu i odnogach w piątym miesiącu po zakażeniu się osutka grudkowa zlewająca się. Na powierzchni tych połączonych w większe skupienia naciekowe grudek widać grube warstwy łuski ciemno szaréj i brunatnéj barwy *(syphilis papulosa lenticularis squammosa trunci et extremitatum)*. Osutka zajmuje całą powierzchnię brzucha, grzbiet, boki, zgięcia odnóg górnych i dolnych, dłonie i podeszwy; oprócz tego w innych okolicach ciała widać bądź rozsiane, bądź zebrane w skupienia i szeregi już zanikające grudki; na skórze członka i moszen plamy barwikowe. Objętość grudek od wielkości ziarnka prosa do ziarna fasoli. Referent zwraca uwagę na nadzwyczajną rzadkość podobnych przypadków, a utwierdza go w tém przekonaniu obok własnego doświadczenia brak opisów zlewającéj się osutki grudkowéj kiłowéj w kazuistyce peryjodycznych wydawnictw lekarskich. Jedyny przypadek dokładnie opisany przez hiszpańskiego syfilidologa Castellę, znalazł referent w czasopiśmie: *Revista especial di oftalmologia, dermatologia, sifilografia y afficiones urinarias* 1882 r.

W dyskusyi kol. Tomaszewski oświadcza, że zdaniem jego osutka przedstawionego chorego nie ma cechy grudkowo-kiłowéj, a to dla tego, że nacieki pod naciskiem palca bledną, że są pokryte grubą warstwą łuski, i sprawiają silne swędzenie; sądzi, że jestto powikłanie wyprysku przewlekłego z postacią grudkową (*Eczema c. papul. syphil.*) Kol. prof. Stukowenków podziela rozpoznanie i umotywowanie kol. Szadka, i zaznacza, że swędzenia w cierpieniach kiłowych skóry są częste, zwłaszcza w tych przypadkach, które wyszczególniają się szybkiém postępowaniem i zlewaniem się. Kol. Szadek odpowiada kol. Tomaszewskiemu, że w przedstawionym przypadku brak tych wszystkich objawów, które cechują wyprysk: pęcherzyków, strupów, wilgotnych przestrzeni it.d.; umiejscowienie cierpienia na brzuchu, zgięciach odnóg, dłoniach i podeszwach, jakotéż obraz skupienia wyrzutów skórnych nadają chorobie niewątpliwy charakter kiłowy.

2) Kol. Szadek odczytał rozprawę pt. Przyczynek do kazuistyki kiłowego zapalenia przyjądrza. Po krótkim rysie historycznym i przytoczeniu literatury tego przedmiotu, prelegent przedstawił symptomatologiję, rozpoznanie, przebieg, rokowanie i zejście w kiłowém zapaleniu przyjądrza; następnie opisał pięć przypadków téj choroby przez siebie spostrzeganych w oddziale kiłowym kijowskiego garnizonowego szpitala. We wszystkich tych pięciu przypadkach zmiany chorobowe przyjądrza występowały w przebiegu wczesnéj kiły (4—12 miesięcy od chwili zakażenia się); obok zmian w przyjądrzu jednocześnie przebiegały objawy kiły na skórze i błonach śluzowych. W dwóch przypadkach sprawa kiłowa zajęła tylko jedno przyjądrze; w trzech innych była obustronną; w trzech przypadkach jądra były wolne, w dwóch zaś zapalenie przyjądrza wikłało się z zapaleniem jądra. We wszystkich pięciu przypadkach było zapalenie torebki jądra (*periorchitis*). Zmiany przyjądrza w początku choroby zawsze miały charakter zapalny i polegały na znacznym obrzęku całego przyjądrza; w krótkim czasie rozlany obrzęk zmniejszał się, i ściśle ograniczywszy się umiejscowiał się w główce i ciele przyjądrza, część zajęta stawała się twardą, późniéj niebolesną, wielkości orzecha; przyroda zapalenia zawsze była międzymiąższowa (*Epidydimitis syphilitica interstitialis*).

3) Kol. Fleischer okazał preparat kilakowego cierpienia jądra i przyjądrza, kastrowanych w przypadku późnéj kiły. Jądro było pięć razy większe, nader zbite i twarde; w górnéj jego części widać było dwa rozpadające się już kilaki; podobne zmiany były w przyjądrzu.

4) Kol. Tomaszewski opowiedział przypadek kiłowego cierpienia przyjądrza, w którém kiłowe zmiany wystąpiły w główce i ogonie tego narządu, ciało zaś było od nich wolne.

Dr. Karol.

VII. Sprawozdanie z XII wiecu stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj, odbytego we Fryburgu w Bryzgowii w czasie od dnia 15—17 września b. r.

Podał Dr. **J. Buszek**, fizyk miejski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Na trzeciém posiedzeniu zajmowano się sprawą zapobiegania niedogodnościom, jakie sprawia zadymianie. Radca lekarski Dr. Flinzer z Chemnitz i prof. Herman Rietschel z Berlina przyjęli referat w tym przedmiocie. Jakkolwiek wydział przygotowujący wiec odniósł się prawie do wszystkich magistratów miast większych z zapytaniem, jakie zaprowadzono przepisy i środki przeciwko zadymianiu, referenci nie byli w stanie przedłożyć tez do dyskusyi. Zastanawiali się tylko w swoim wywodzie nad składnikami dymu, nad materyjałem opałowym, nad urządzeniem ogniska, wykazali, jak pochłaniacze dymu niedostatecznie działają i nie wszędzie dają się zaprowadzić. W rozprawie nad tym przedmiotem żądali niektórzy, aby zakładać oddzielne szkoły palaczów, inni aby badać skład dymu zwłaszcza, że w ostatnich latach udało się w nim wykryć arsen, nie brakło wreszcie urzędników kolejowych, którzy oświadczyli, że najwięcéj powabu dla nich miał przedmiot, o którym mowa, gdyż koleje najwięcéj mają powodu do utyskiwania na nieprzyjemności z powodu dymu. Znaleźli

się i tacy, którzy nie mogli się dopatrzeć namacalnych szkodliwości wypływających z zadymienia wskazując na Londyn, gdzie pomimo największego zadymienia wykładnik śmiertelności dochodzi zaledwie do 20,0 i owszem sprawiłoby im to najwyższe zadowolenie, gdyby miasta niemieckie mogły być przez fabryki w tym stopniu zadymiane jak angielskie.

Po takiéj dyskusyi uchwalono przekazać wydziałowi ten przedmiot do dalszego badania i przedłożenia go pod obrady wtenczas, gdy będzie można wystąpić z pewnemi tezami.

Jak wspomniałem, członkowie Zjazdu higijenicznego przepędzali popołudniu na zwiedzaniu urządzeń sanitarnych i w ogóle osobliwości miasta i podejmowali wycieczki w urocze okolice.

Fryburg pobudował w ostatnich latach, co dla naszych miast postępujących w tym względzie żółwim krokiem wydawać się może nieprawdopodobném, bardzo wiele publicznych zakładów i zaprowadził wiele urządzeń sanitarnych. Zbudował gazownię, szkoły, szpitale, zaprowadzono nowe wodociągi, buduje się kanały, kończy się budowa rzeźni, zbudowano zakład dla nieuleczalnych dla 500 osób, a prywatni przedsiębiorcy postawili pudreciarnię.

Już od XII wieku Fryburg posiada wodociągi. W ostatnich dziesiątkach lat rozszerzono je i nowe źródła dla nich ujęto tak, że obecnie za cenę przeszło 800.000 zła. w. a. ma Fryburg wodę o znakomitym składzie chemicznym dającą się doprowadzić do najwyższych piąter.

Od wieków istnieją w Fryburgu dla odchodów ludzkich urządzone doły. Dla odprowadzenia wód meteorycznych i gospodarczych zbudowano rynsztoki z rynienkowato wyżłobionych ciosów i wpuszczono w nie dla ciągłego spłukiwania całą rzeczkę tak, że szybkim strumieniem płynie obficie woda przeźroczysta przez całe miasto dążąc do rozległych łąk za miastem, aby je należycie zraszać. W r. 1877 uznano przy nagłym wzroście miasta potrzebę głęboko założonych kanałów, do którychby wpuszczono wszelkie nieczystości ludzkie wraz z wodami meteorycznemi i gospodarczemi. Gdy zaś miasto posiada rozległe łąki i lasy, uchwalono zużyć całą treść kanałową do ich zraszania. Miejscowe stosunki nadawały się do tego projektu wyśmienicie, bo spadek dla kanałów jest bardzo znaczny, obfitość wody dla ich spłukiwania nadzwyczajna, a łąki dla zraszania na bardzo długi czas wystarczające. Powierzchowną ich bowiem warstwę stanowi torfowisko, a pod nią ciągnie się w grubości kilku metrów warstwa, najpierw gruboziarnista żwirowa, zmięszana z dużemi kamieniami, następnie drobnoziarnista żwirowa, a pod niemi leży warstwa iłowa. Żwirowa warstwa filtruje gruntownie ciecze zanieczyszczone i rozkłada je w zupełności i w wielu miejscach przy budowie w mieście dobywają kamienie i piasek z gruntu, aby je zużyć jako materyjał budowlany.

Treść kanałowa z rowu na łąkach zroszonych zaczerpnięta w szklankę w niedalekiéj odległości od ujścia kanału okazuje się o wiele czyściejszą, aniżeli woda z niejednéj studni miejskiéj i jak się niektórzy członkowie zjazdu wraz z Drem Emmerichem przekonali, nie ma wcale smaku nieprzyjemnego.

Zanim rada miejska fryburgska powzięła uchwałę budowania kanałów i zraszania łąk, dwaj przedsiębiorcy Buhl i Keller założyli fabrykę wyrabiającą z odchodów ludzkich pudretę i amonijak. Do niéj dowożą nieczystości ludzkie z dołów pompowane za pomocą maszyn parowych systemu Talarda.

Jedną z najwięcéj interesujących budowli w Fryburgu jest w ostatnich latach powstały zakład dla 500 osób, dotkniętych chorobami umysłowemi i innemi w ogóle nieuleczemi dla osób, któreby były zmuszone żyć z jałmużny. Zakład ten jest zbudowany za miastem w systemie pawilonowym. W każdym pawilonie oddzielnie umieszczeni są mężczyzni i kobiety. Suteryny są także zużytkowane dla pomieszczenia chorych, mianowicie niespokojnych i zanieczyszczających się. Dla tych urządzony jest osobny ogródek, gdzie mogą pozostawać na wolném powietrzu. Sale sypialne są oddzielne od sal przeznaczonych dla roboty; w pierwszych wyzyskano jak najlepiéj miejsce do tego stopnia, że każda osoba ma w niéj tylko łóżko i skrzynkę, służącą jéj także za stołek i stoliczek nocny. Łóżka mają boki drewniane z hakami dla osadzenia drucianych materacy. Ogrzewanie odbywa się za pomocą pary wodnéj. Wentylacyja połączona z centralném ogrzewaniem nie pozostawia nic do życzenia zwłaszcza, że pawilony stojące oddzielnie są wystawione także ze wszystkich stron na wiatry.

Ogród dla spacerów mają osobny mężczyzni i kobiety. Sąsiednie pola uprawia zakład przeważnie własnymi ludźmi a nawozi je odchodami mieszkańców zakładu. Wychodki urządzone są według systemu beczkowego.

Budowa całego zakładu nadzwyczaj trwała, prosta i praktyczna. Schody są porfirowe. Posadzki betonowe, podobnież i wanny do kąpieli, rury spustne wychodkowe i sedesy, ściany do wysokości lamperyj cementowane, nawet dachówki są z masy cementowéj. Jedném słowem w zakładzie tym praktyczność, trwałość, wygoda i taniość urządzenia rywalizują ze sobą.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi we wrześniu r. 1885.

Tyfus brzuszny, który od początku czerwca coraz bardziéj się zmniejszał, we wrześniu znowu się rozszerzył, gdyż do 110 z końcem sierpnia pozostałych chorych przybyło w ciągu września 366, ze wszystkich zaś leczonych ozdrowiało 241 czyli 50·6%, umarło 15 czyli 5·8%, pozostało z końcem września 210 chorych w 19tu miejscowościach, przeważnie w powiecie sokalskim i sąsiednim rawskim.

Tyfus plamisty, który w kwietniu br. doszedł do szczytu swego rozszerzenia o od maja szybko ustępował, we wrześniu znowu rozpoczął się rozszerzać, tak iż stwierdzono go w 12 miejscowościach jedenas'u powiatów. Do 19 chorych pozostałych z końcem sierpnia przybyło we wrześniu 161 chorych. Z 180 leczonych (w sierpniu tylko 81) wyzdrowiało 89 osób czyli 49·4% (w sierpniu 70·1%) umarło 15 czyli 8·3% (w sierpniu 6·2%) pozostało z końcem września 76 chorych w 8miu gminach tyluż powiatów; najwięcéj chorych (po 16) w jednéj gminie powiatu sądeckiego i staromiejskiego.

Szkarlatyna także wzmaga się od początku września po trzechmiesięczném zmniejszoném nasileniu. Do 92 chorych pozostałych z końcem sierpnia przybyło w wrześniu 588. Z 680 leczonych chorych wyzdrowiało 365 czyli 53.7% (takiż sam odsetek ozdrowiałych w sierpniu) umarło 125 czyli 18·4% (w sierpniu 16·7%) pozostało w leczeniu 190 chorych w 17 gminach, przeważnie w powiecie sandeckim.

Dyfteryja pojawiła się w 4 gminach tyluż powiatów; z 60 leczonych chorych wyzdrowiało 25 czyli 41·6%, umarło 27 czyli 45%, pozostało 8 chorych w jednéj gminie.

Dysenteryja była w sierpniu najbardziéj rozszerzoną, w ciągu zaś września szybko się zmniejszyła. Do 2030 pozostałych z końcem sierpnia chorych, przybyło 2433, a z wszystkich 4363 leczonych (w sierpniu 6988) wyzdrowiało 3622 czyli 81·4% (w sierpniu tylko 60·5%) umarło 343 czyli 7.7% (w sierpniu 10·4%) pozostało w leczeniu 488 chorych w 40 gminach.

Odra zdarzyła się tylko sporadycznie w siedmiu gminach tyluż powiatów.

Natomiast liczba chorych na koklusz była wyższą we wrześniu niż w poprzednich sześciu miesiącach. Do 1.446 pozostałych z końcem sierpnia przybyło 1575, a z ogólnéj liczby leczonych 3021 wyzdrowiało 1828 czyli 60·5%, umarło 126 czyli 4·2%, pozostało w leczeniu 1067 chorych w 32 gminach, przeważnie w powiecie łańcuckim i złoczowskim.

Liczba chorych na ospę we wrześniu była tak samo małą jak w sierpniu 126, z tych wyzdrowiało 34 szczepionych i 23 czyli 39·6% nieszczepionych, umarło 9 czyli 13% szczepionych i 11 czyli 19% nieszczepionych. — Pozostało 49 chorych w 7 gminach, a to przeważnie w jednéj gminie powiatu nowotarskiego.

Lwów dnia 14 października 1885.

Dr. Józef Merunowicz.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 września do 3 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,1. Z odry umarło 3 (4 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach odry. W tygodniu od 20—26 września umarło z ospy: w Berlinie, Odesie i Zurychu po 1; w Tryjeście i Paryżu po 2; w Pradze i Londynie po 3; w Rzymie 4; w Warszawie i Wenecyi po 5; Budapeszcie 10; w Wiedniu 14. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 23. Z czerwonki umarło w Londynie 49. Z gorączki połogowéj umarło w Warszawie i Hamburgu po 4; w Wiedniu 6. Na odrę zapadło w obwodzie Hildesheim 110, w obwodzie Królewca 227. Z płonicy umarło w Londynie 16, w Berlinie 17, w Petersburgu 21. Z błonicy umarło w Warszawie 16, w Królewcu 10, w Chrystyjanii 11, w Dreźnie 14, w Paryżu 20, w Londynie 29, w Berlinie 34. Z krztuśca umarło w Stokholmie 15, w Londynie 26. Z cholery umarło w Hiszpanii od 18 do 23 września 1771, zachorowało 4915; we Włoszech umarło od 17—23 września 820, zachorowało 1323.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,3; w Warszawie 27,4; w Poznaniu 30,0; w Pradze 24,2; w Tryjeście 33,6; w Wiedniu 24,1; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Fryburgu 26,4; w Strasburgu 29,0; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Bazylei 15,1; w Brukseli 23,4; w Budapeszcie 26,9; w Chrystyjanii 20,6; w Kopenhadze 16,5; w Londynie 13,8; w Odesie 31,6; w Paryżu 18,1; w Petersburgu 25,2; w Rzymie 27,7; w Stokholmie 21,0; w Wenecyi 25,7; w Zurychu 20,9. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 października. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

W Nrze 39 Przeglądu Lek. z rb. (str. 503 i 504) p. Dr. Kopff daje krótką ocenę wybornego podręcznika do analizy chemicznéj jakościowéj, napisanego przez Dra J. Schramma, docenta Uniwersytetu lwowskiego. Podzielając w zupełności zdanie szanownego recenzenta co do wewnętrznéj wartości téj książki, czuję się jednak w obowiązku zabrać głos w sprawie zarzutu uczynionego autorowi, iż przyjął słownictwo „nowopowstającéj szkoły lwowskiéj“.

Odkładając na późniéj wypowiedzenie i umotywowanie mego zdania co do wrzekomych trudności, jakich mamy w ogóle doświadczać z powodu jednolitości w polskiém słownictwie chemiczném pozwolę sobie na teraz zauważyć, iż owa „nowopowstająca szkoła lwowska“ daleka od chęci szukania łatwéj sławy na polu wynajdywania nowych wyrazów, przyjęła *sine ira et studio* końcówki owy, awy, an, yn i ek, charakteryzujące słownictwo krakowskie. Jeżeli zaś obok tego wprowadza niektóre nowe wyrażenia, to czyni to z powodu niezbędnéj potrzeby wyrażania po polsku pewnych teoretycznych pojęć, co z właściwém słownictwem nie ma nic wspólnego. Przy tém dodać jeszcze muszę, że słownictwo użyte przez Dra J. Schramma jest tém samém słownictwem, którém się posługiwali pp. Nawratil i Sokołowski przy układaniu podręcznika przepisanego dla galicyjskich szkół realnych już od lat 13; jest to toż samo słownictwo, którego użyto w opisie chemicznych własności wód mineralnych w Iwoniczu, Rymanowie, Szczawnicy (źródło Wandy), Lubieniu, Truskawcu, Morszynie i Wysowéj; jest ono także identyczném ze słownictwem, którego używa Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego od lat 12 a czasopismo Kosmos od lat 10, — w czasopismach zaś tych drukowali swe prace pp. M. Nencki, J. Grabowski, E. Bandrowski, B. Pawlewski, M. Wąsowicz, W. Leppert, B. Lachowicz, K. Zalewski, A. Nawratil, R. Zuber, A. Onufrowicz, F. Rasiński, Natansonowie i inni.—Jeżeli zaś prócz tego dołączę, że i Akademija Umiejętności w Krakowie zarówno w Sprawozdaniach jak i Pamiętniku używa także tego słownictwa obok słownictwa krakowskiego, o czém się szanowny recenzent może przekonać przeglądając np. prace pp. Lachowicza, Sokołowskiego, Schramma, Wispeka, Onufrowicza i innych — to wówczas, zdaje mi się, że zarzut uczyniony p. Drowi Schrammowi, iż „w niektórych miejscach nie trzyma się słownictwa dotąd najwięcéj u nas rozpowszechnionego, a którego używa także Akademija Umiejętności“ nie może być nazwany dostatecznie uzasadnionym.

Mając nadzieję, iż szanowny Pan Redaktor raczy tym kilku słowom użyczyć gościnności w łamach swego cennego pisma, załączam wyrazy szczególnego szacunku i poważania, z jakiém mam zaszczyt pozostać

Lwów d. 12 października 1885. sługa

Br. Radziszewski.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Leyden objął 1szą a prof. Gerhardt 2gą klinikę lekarską. Asystentami ordynującymi są: w 1éj klinice prof. Fränkel i lekarz sztabowy Herrlich, w drugiej zaś: Landgraf i Müller; asystentami zaś naukowymi w 1éj klinice prof. Brieger, a w drugiéj prof. Ehrlich. — **Kazań.** Mianowani proff. zwyczajnymi: Ssorokin mykologii i Woroszyłow fizyjologii.— **Dorpat.** Dr. Kobert, asystent prof. Schmiedeberga w Strasburgu, wybrany został profesorem farmakologii. — **Gryfija.** Dr. Helferich z Monachijum mianowany został prof. chirurgii. — **Wiedeń.** Senat akademicki przyjął rezygnacyję prof. Bambergera z urzędu Rektora, w skutek czego Wydziały wezwano do ponownego wyboru wyborców celem przeprowadzenia nowego wyboru Rektora. W skutek śmierci prof. nadzw. Schlagera prof. nadw. Weinlechner otrzymał głos w Wydziale lek.

* **Odznaczenia.** Szanowny nasz rodak i współpracownik Dr. Jabłonowski, ukończywszy misyję swoją do Persyi wraca do Konstantynopola, otrzymawszy uznanie pisemne od rządów perskiego i tureckiego za gorliwą działalność w sprawie dżumy oraz odznaczony orderem perskim Słońca i tureckim Medżidzie 3éj klasy.

Proff. Bamberger i Gruber we Wiedniu otrzymali krzyż komandorski greckiego orderu Zbawiciela.

* **Wiadomości osobowe.** Starszym lekarzem w armii czynnéj mianowany Dr. Seweryn Eisenberg we Lwowie, a starszym lekarzem w rezerwie Dr. Stanisław Śmietana.

* **Nekrologija.** D. 12 września umarł w Kamionce, gub. Podolskiéj, Dr. Ignacy Gołębiowski, uczeń b. Akademii wileńskiéj (*Gaz. Lek.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 41: Kosińskiego: Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszki. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Jasińskiego: Wady wzroku jako przyczyna skrzywień kręgosłupa; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Arnsteina: Kilka uwag o pracach prof. Rosego, Drów Dunina i Rajkowskiego, tyczących się zimnicy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. K. KOEHLER: Uiber den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Nasenkrankheiten, Posen 1885, in 8vo str. 23.

Dr. KOEHLER: Oleum Terebinthinae, gegen „Fliegenlarven im Ohre. (Osobne odbicie z „Monatsschr. f. Ohrenheilk.“ 1885) in 8vo str. 2.

ROY et ALVAREZ: Observation clinique du bacille de la tuberculose dans la cornée. (Osobne odbicie z „Revue clin. d'Oculist. 1885) in 8vo str. 7 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 bm. o godzinie 6éj w gmachu Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Trzebicky mieć będzie odczyt przeszłym razem zapowiedziany.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 352.

KONKURS.

Na posadę asystenta przy katedrze fizyjologii rozpisuje się niniejszém konkurs.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść podania na ręce podpisanego dziekana do d. 21 bm.

Kraków d. 13 Października 1885.

Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.